

当麻町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関 名称
主治医氏名 印

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)

当該患者が、今回行った不妊治療について当該箇所に記入してください。

治療期間	治療法・回数	領収金額 (受診者負担額)
年 月 日 ~ 年 月 日	人工授精 () 回 体外受精 () 回 顕微授精 () 回 男性不妊治療 () 回	
年 月 日 ~ 年 月 日	人工授精 () 回 体外受精 () 回 顕微授精 () 回 男性不妊治療 () 回	
年 月 日 ~ 年 月 日	人工授精 () 回 体外受精 () 回 顕微授精 () 回 男性不妊治療 () 回	
年 月 日 ~ 年 月 日	人工授精 () 回 体外受精 () 回 顕微授精 () 回 男性不妊治療 () 回	
年 月 日 ~ 年 月 日	人工授精 () 回 体外受精 () 回 顕微授精 () 回 男性不妊治療 () 回	
年 月 日 ~ 年 月 日	人工授精 () 回 体外受精 () 回 顕微授精 () 回 男性不妊治療 () 回	

備考

--